FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

POUR LE

590

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ARMAND OLIVENNES

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Né le 31 Janvier 1931 à Berlin (Allemagne)

Présentée et soutenue publiquement le 14 Juin 1965

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DÉBILITÉ MENTALE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Président : Monsieur Léon MICHAUX (Professeur)

PARIS - 1965

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA DEBILITE MENTALE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ARMAND OLIVENNES

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Né le 31 Janvier 1931 à Berlin (Allemagne)

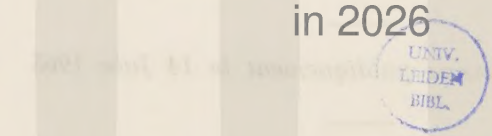
Présentée et soutenue publiquement le 14 Juin 1965

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DÉBILITÉ MENTALE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Président : Monsieur Léon MICHAUX (Professeur)

PARIS - 1965

Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41534905_0080

A mes parents, à mon Frère,

à mon Epouse,

à mes Enfants,

à mes beaux-parents,

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Michaux,

Professeur de Médecine à la Faculté de Médecine de Paris

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Beley,

Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine,

qui m'a conseillé ce sujet de thèse et enseigné deux ans la neuro-psychiatrie infantile.

Hommage reconnaissant.

Mes remerciements à Madame Netchine,

Psychologue du service des enfants arriérés.

dont les conseils et la documentation me furent précieux pour la partie psychométrique de ce travail.

A mes Maîtres de stage :

Monsieur le Professeur Cadenat
Monsieur le Professeur Chabrol
Monsieur le Professeur Brouet
Monsieur le Docteur Mialaret
Monsieur le Professeur Lelong
Monsieur le Professeur Alajouanine
Monsieur le Professeur Degos
Monsieur le Professeur Mollaret
Monsieur le Professeur Ravina
Monsieur le Professeur Aubin

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Docteur Chabrol
Monsieur le Docteur Boltanski
Monsieur le Docteur Grossiord
Monsieur le Professeur Brouet
Monsieur le Docteur Rondepierre

A mes Maîtres d'Internat des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine :

Monsieur le Docteur Leconte
Monsieur le Docteur Beley
Monsieur le Docteur Grasset

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA DEBILITE MENTALE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

INTRODUCTION

Ce travail a pour but de contribuer à la nosologie de la débilité mentale par l'étude d'un groupe d'enfants et d'adolescents placés en 1963 dans le Service des enfants arriérés du Docteur Beley à l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse.

Les informations réunies dans ce travail ont été fournies par l'observation clinique et le dépouillement des dossiers. La quantité de ces informations, notamment en ce qui concerne les recherches étiologiques et bio-physiologiques, n'aura été limitée que par l'insuffisance de l'équipement scientifique de l'établissement hospitalier en question et la difficulté des liaisons avec les organisations spécialisées.

Un tel service d'enfants arriérés devrait nécessairement être muni d'un laboratoire de génétique, d'un laboratoire de chimie biologique, d'un laboratoire d'audiométrie, d'un centre de recherches scolaires et pédagogiques, toutes installations que nous n'avons pas trouvées et dont l'absence a limité le nombre d'arguments susceptibles d'étayer nos thèses.

L'étude ainsi définie porte sur 110 enfants et adolescents, tous de sexe masculin, d'âge variant entre cinq et vingt ans avec un âge réel moyen de treize ans.

A la date de ce travail, 18 des enfants étudiés étaient entrés dans le service depuis moins d'un an, 33 depuis moins de deux ans, 15 depuis moins de trois ans, 12 depuis moins de quatre ans. Le reste, soit environ 25 %, séjournait dans le service depuis plus de quatre ans et 4 enfants de ce dernier groupe y séjournaient depuis plus de douze ans.

Le mode de placement était ainsi réparti :

— 26 placements d'office,
— 55 placements volontaires,
— 36 placements en service libre.

Pour aucun des 110 cas considérés le placement dans le service des enfants arriérés ne représentait le premier placement extra-familial. Tous, sans exception, avaient été l'objet d'un placement antérieur dans un

externat, un internat ou une institution pédagogique, soit comme Pupilles de l'Assistance Publique (placements nourriciers, puis I.M.P.), soit par leur famille.

On est donc fondé à dire que nos 110 cas constituent les échecs des classes de perfectionnement, des services et centres de neuro-psychiatrie infantile, ainsi que des instituts médico-pédagogiques ayant une vocation plus nettement orientée vers l'insertion sociale des enfants déficients mentaux.

Les motifs médicaux pour lesquels ces enfants avaient fait l'objet d'un placement dans le service des enfants arriérés peuvent être groupés sous trois rubriques :

1. - *Troubles du caractère et du comportement.*
2. - *Eviction scolaire.*
3. - *« Cas social ».*

Le dénominateur commun orientant vers le service des enfants arriérés étant la débilité mentale objectivée dans 100 % des cas par un examen psychométrique effectué préalablement à l'admission dans le service.

En ce qui concerne cette débilité mentale, on constate (en adoptant la classification suivante : débilité profonde : QI entre 45 et 55 ; débilité moyenne : QI entre 55 et 65 ; débilité légère : QI entre 65 et 75), que son degré, à l'entrée, répartissait les enfants de la façon suivante :

— *débilité légère : 8*
— *débilité moyenne : 28*
— *débilité profonde : 45*
— *imbécillité : 17*

En toute rigueur, ces 17 cas d'imbécillité ne devraient pas trouver place dans une étude sur la débilité. De même en serait-il pour les 12 enfants qui, quoique de niveau mental sensiblement inférieur à la moyenne, avaient essentiellement été considérés comme des « psychotiques » ou des « pré-psychotiques » à leur entrée dans le service.

L'observation clinique ayant, en cours d'hospitalisation, mis en évidence un fréquent manque d'étanchéité entre « imbécillité » et « débilité profonde » d'une part, entre « débile caractériel » et « pré-psychotique à niveau mental médiocre » d'autre part, nous n'hésiterons pas à incorporer l'étude de ces 29 cas à notre travail, d'autant que leur étude contribue nettement à « questionner » le concept de débilité mentale dans le sens où nous entendons le faire ci-après.

Au terme de cette introduction, il devrait clairement apparaître, du point de vue qui est le nôtre et qui se propose, répétons-le, de contribuer à la nosologie de la débilité mentale, que les 110 cas que nous avons groupés se répartissent grosso modo en deux lots :

— 62 d'entre eux, soit 65 %, sont des enfants et adolescents placés avant tout pour insuffisance mentale et chez lesquels le déficit mental, avec les conséquences psycho-sociales qu'il implique, domine le tableau clinique.

— 48 d'entre eux, soit 43 % sont, à l'opposé, des enfants et adolescents chez lesquels la débilité mentale est mineure, relativement secondaire dans un tableau clinique que dominent des troubles plus proprement neuro-psycho-pathologiques.

Cette distinction, fondée sur la seule détermination d'un niveau mental, aussi exagérément abstrait que sont exagérément concrets nos 110 débiles, rend-elle compte de la réalité clinique de la débilité mentale ? A cette question il nous a paru que seule la confrontation de toutes les données sociales, somatiques, étiologiques, psychologiques que nous avons recueillies était susceptible d'apporter des éléments de réponse.

I. — NOTRE ETUDE ETIOLOGIQUE

se placera sous l'invocation d'Alfred Binet. « La constatation d'un niveau, écrivait l'illustre savant en 1909, dans les « Idées modernes sur les enfants » n'est intéressante que si elle s'accompagne d'une interprétation des causes qui ont produit ce niveau ».

Or la recherche et l'interprétation de telles causes se heurte à des difficultés certaines, pour ce qui est de l'entité « débilité mentale ».

Une indiscutable confusion existe en effet dans ce domaine. L'approche pédiatrique n'est pas la même que l'approche psychiatrique. C'est ainsi que la partie neuro-psychiatrique des manuels de pédiatrie (Debré-Lelong, Nelson) ne mentionne pas la débilité mentale (ni les oligophrénies) comme affections autonomes.

La nosologie des états d'arriération mentale ou oligophrénies en psychiatrie chevauche notablement celle des encéphalopathies et des séquelles d'atteintes encéphalitiques en pédiatrie. C'est ainsi, par exemple, que le Debré-Lelong établit une distinction entre les formes neurologiques des encéphalopathies et les formes psychiques des encéphalopathies où l'arriération mentale domine le tableau.

Inversement, les classifications étiologiques des manuels de psychiatrie renvoient à des travaux dont l'essentiel est consigné dans des ouvrages de pédiatrie.

L'ambiguïté étiologique, donc nosologique, persiste quand il s'agit de savoir si la débilité mentale appartient ou non au cadre des états d'arriération mentale.

En neuro-psychiatrie la débilité mentale fait très habituellement partie du cadre des états d'arriération mentale dont elle représente le degré le moins profond.

Pour Binet et Simon et toute l'école psychologique qui en a fait l'objet de son étude, la débilité mentale se situe hors du cadre des arriérations mentales.

Si cette distinction nous a paru judicieuse et flagrante dans les cas de débilité moyenne et légère que nous avons étudiés, elle nous a paru

du point de vue de la recherche étiologique, plus hasardée et moins féconde pour nos cas de débilité profonde. Ceux-ci, comme les autres oligophrénies, nous ont semblé devoir figurer, en dépit d'un niveau mental supérieur à celui de l'imbécillité, dans le cadre des encéphalopathies et nécessiter, à titre systématique, des explorations radiologiques, électro-encéphalographiques, génétiques et métaboliques aussi poussées que possible. Une pareille exploration serait du reste aussi souhaitable dans les cas de débilité mentale moins profonde, car plusieurs des observations « d'erreur du métabolisme » qui ont été publiées ne signalent qu'un retard mental modéré.

Compte tenu des difficultés ci-dessus exposées, nous avons retrouvé dans l'étude étiologique de nos 110 cas :

- dans 2 cas, un couple parental atteint de syphilis (sérologie strictement négative chez les enfants, Nelson non fait)
- 1 cas de mariage consanguin
- 1 cas d'incompatibilité rhésus (compliqué d'accident obstétrical)
- 53 cas d'accident pré ou post-natal ou d'atteinte morbide grave du premier âge qui se répartissent ainsi :
  - 29 cas de traumatisme obstétrical
  - 23 cas ayant présenté une affection sévère encéphalo-méningée ou autre dans le premier âge ainsi réparties :
    - 1 toxoplasmose
    - 2 encéphalites ou dites telles
    - 1 ictère « nucléaire »
    - 1 myxœdème congénital
    - 3 méningites d'étiologie restée imprécise qui ont nécessité de longs séjours à l'hôpital
    - 1 hémorragie méningée post-traumatique
    - 2 enfants atteints d'encéphalopathie néo-natale sans autre précision
    - 3 cas de toxicose grave du premier âge
    - 1 cas de tuberculose grave du premier âge
    - 2 cas de mastoïdite avec intervention chirurgicale et séquelles sensorielles dans le premier âge
    - 3 enfants ayant présenté de nombreuses otites dans leur première enfance et qu'on retrouve au chapitre des handicaps sensoriels
    - 2 enfants longuement et gravement malades pendant toute leur première enfance.

Le traumatisme obstétrical en tant que facteur étiologique doit être soumis à une critique rigoureuse. La nature de ce traumatisme et la nature de l'anoxie notamment restent imprécises dans la plupart des dossiers.

Sur les 28 cas chez lesquels on note un traumatisme obstétrical, 1 seul est un débile homogène chez lequel on ne retrouve aucun autre éventuel facteur étiologique.

Nous avons classé le traumatisme obstétrical sous 3 rubriques : prématurité, accouchement dystocique, anoxie avec cyanose et réanimation. La répartition se fait de la façon suivante :

— 11 cas de grande prématurité (entre 5 mois et demi et 7 mois) avec séjour en couveuse de 2 à 5 mois (avec pour l'un d'eux association à un accouchement dystocique). Sur ces 11 cas, 9 présentent des atteintes neurologiques patentes : atteintes striées, parésie ou paralysie d'un membre ou d'un hémi-corps, troubles de la coordination oculaire, hypotonie, torticolis congénital, spasme en flexion, choréo-athétose, infirmité motrice cérébrale.

5 de ces cas étaient atteints de comitialité.

La moyenne du QI pour ces 11 cas était de 63 avec écarts maximum de — 11 et de + 27 (QI = 53 pour 1 cas et QI = 90 pour 1 cas).

— 9 accouchements dystociques, la nature de la dystocie, notamment en ce qui concerne le forceps appliqué, restant imprécise.

Sur ces 9 cas, 5 présentaient des atteintes neurologiques patentes : surdité, troubles pyramidaux ou extra-pyramidaux, hypotonie et 1 infirme moteur cérébral.

2 de ces 9 cas étaient des comitiaux.

La moyenne du QI pour ce groupe est de 55 avec des écarts très faibles.

— 8 cas d'anoxie avec cyanose et réanimation. Sur ces 8 cas, 4 ont des troubles hémiplégiques, 4 sont des comitiaux. Moyenne du QI : 53.

Pour l'ensemble des 27 cas où l'on retrouve un traumatisme obstétrical, 19, soit 70 %, ont des signes neurologiques importants, 11, soit 40 %, sont des comitiaux.

Notons que presque tous les handicapés moteurs ou toniques du groupe des 110 cas étudiés font partie du groupe étudié ci-dessus des débiles mentaux avec (ou par) traumatisme obstétrical.

Notons aussi que la proportion d'enfants comitiaux par rapport à l'ensemble des 110 cas étudiés n'est que de 17 % (l'enquête héréditaire, il est vrai fort incomplète, n'a retrouvé que 3 cas de convulsions familiales).

Mentionnons aussi que si nous avons rencontré plusieurs cas d'associations de débilité mentale avec une comitialité, voire avec quelques cas de dystrophie cutanée, aucun examen radiologique, ophtalmologique ou anatomo-pathologique n'est venu confirmer avec certitude une dysplasie ectodermique connue. Nous reverrons ce problème à propos de l'étude clinique.

Enfin, comme nous l'avons déjà dit, chez 26 des 27 cas présentant un traumatisme obstétrical dans leurs antécédents, on retrouve par ailleurs

des facteurs tels qu'une dissociation familiale (11 cas), une morbidité psychique parentale (1 cas), un éthylisme parental (3 cas), une transplantation (1 cas), une carence affective (10 cas).

Ces facteurs vont nous permettre d'introduire le deuxième ordre de critiques auxquelles, outre la discussion relative aux éventuelles causes « organiques » de la débilité mentale, l'étude étiologique doit, selon nous, être soumise.

Il est en effet admis que les critères du diagnostic de débilité mentale sont psycho-métriques, scolaires, somatiques, affectifs et sociologiques.

Or, si l'on trouve bien chez 57 de nos 110 cas, comme on l'a vu, une « cause » possible héréditaire, embryopathique, néo-natale ou post-natale de l'insuffisance du développement psychique, on trouve aussi chez eux, avec une fréquence que nous détaillerons ultérieurement, des « facteurs » psycho-métriques, scolaires, somatiques, affectifs et sociologiques tels qu'ils peuvent aussi bien être interprétés comme facteurs étiologiques que comme facteurs de diagnostic.

C'est ainsi que le retard scolaire, l'émotivité, l'instabilité, la débilité motrice de Dupré et Merklen, les malformations, le dysmorphisme, l'inadaptation sociale, la dysharmonie affective, intellectuelle et somatique nous ont souvent paru être, dans les cas que nous avons étudiés, la cause (organique ou psychogénétique, selon que l'on voudra) et non la traduction sémiologique de la débilité mentale.

Citons encore Alfred Binet : « L'examen du niveau ne nous apprend pas si un enfant en retard est dans une phase de repos intellectuel qui sera de courte durée ou de longue durée ; il ne nous apprend pas davantage si cette obtusion intellectuelle est due à un envahissement de ses fosses nasales par des végétations adénoïdes. Toutes ces recherches se font autour de l'examen. »

Si des végétations adénoïdes sont capables d'avoir un retentissement sur tout le développement intellectuel d'un enfant, que dire de l'hospitalisme, de la carence affective du premier âge, de la transplantation d'un pays dans un autre, de la campagne à la ville, des changements fréquents d'école, d'une timidité héréditaire, d'une disgrâce corporelle réelle ou vécue comme telle, tous facteurs dont les méfaits ont été soulignés par maint auteur.

On peut évidemment rétorquer à de telles propositions que tous les enfants dysmorphiques, transplantés, affectivement carencés, n'échouent pas dans leur scolarité ou leur apprentissage professionnel et que c'est précisément cette médiocrité des acquisitions et des performances qui distingue et fonde la débilité mentale dont la réalité est ensuite confirmée et codifiée par toute une série de mesures quantifiées.

Cet argument ne nous semble pas devoir permettre l'approfondissement de la nature structurelle de la débilité mentale, ni des formes cliniques sous lesquelles elle se présente. Il se borne à faire le constat

d'un échec et d'un déficit et à établir un lien de causalité entre les deux.

Or, si deux enfants passant tous les deux au même moment dans une rue, reçoivent tous les deux sur la tête une brique identique tombée d'un toit, et si l'un d'eux est atteint d'hémorragie cérébrale et si l'autre, indemne, peut poursuivre sa promenade, il ne nous semble pas que de cette « réactivité » différente, nous soyons en droit de déduire le peu de nocivité « en soi » de la chute de la brique.

C'est le rôle de cette « chute de brique », son importance dans la psychogénèse de la débilité mentale de nos patients, les médiations par lesquelles elle s'est répercutée dans leur psychisme que nous voudrions essayer d'analyser dans les chapitres suivants.

II. — L'ETUDE SOCIOLOGIQUE

met nettement en évidence un certain nombre de constatations :

Pour aucun de ces 110 enfants, nous l'avons déjà vu, il ne s'agissait d'un premier placement.

65 d'entre eux avaient « subi » plus d'un placement avant d'entrer dans le service.

9 enfants avaient été placés avant l'âge de 3 ans.

13 enfants avaient été placés dès leur naissance.

Ces 22 cas s'ajoutent à ceux que nous avons dénombrés précédemment au paragraphe des hospitalisations de longue durée pour entrer dans le cadre de ce syndrome de carence affective et de frustration affective massive du premier âge sur lequel ont insisté les psychiatres de tendance analytique (Spitz, M^{me} Aubry, etc.).

Pour les 18 de ces derniers 22 cas, le diagnostic de « psychose » ou de « pré-psychose » avait été évoqué à l'entrée et pour 12 d'entre eux ce diagnostic avait été maintenu en cours de placement.

Outre l'hospitalisation, les placements précoces, les multiplacements, d'autres facteurs de carence affectivo-pédagogique tels que :

— une dissociation familiale
— une difficulté d'adaptation sociale
— une morbidité parentale importante

ont pu être relevés.

C'est ainsi que :

— 14 enfants venaient de l'Assistance Publique (10 y étaient placés à titre définitif, 4 à titre temporaire)
— 15 enfants avaient une mère célibataire
— 7 enfants avaient une mère seule, veuve ou abandonnée
— 3 enfants avaient un père seul, veuf ou abandonné
— 5 enfants avaient été élevés par des grands-parents ou des collatéraux
— 18 familles étaient divorcées
— 5 enfants avaient été élevés chez une mère remariée

— 3 chez un père remarié
— 3 avaient des parents déchus
— chez 28 parents, on retrouve un éthylisme important dont 20 fois chez le père seul, 5 fois chez la mère seule, 3 fois chez les deux conjoints.
— chez 29 parents, on retrouve une morbidité ou une insuffisance mentale importante (à l'exclusion de l'éthylisme).
— 13 cas : débilité mentale familiale, soit 12 % de tous les cas
— 14 cas : psychopathie
— 17 familles sont étrangères, transplantées ou « migratrices » :
  — 7 cas : un parent ou les deux algériens musulmans
  — 2 cas : un parent ou les deux européens d'Afrique du Nord
  — 1 cas : mère martiniquaise
  — 1 cas : parents mariniers
— 2 cas : mère prostituée
— 3 cas : les deux conjoints ont des maladies chroniques et graves
— 7 cas : familles de plus de 6 enfants, vivant dans des appartements de moins de 3 pièces.

En ne retenant que des cas de frustration affective massive et patente, liés à un abandon ou à une séparation d'avec le milieu familial ou à une carence affectivo-pédagogique vérifiée aussi bien par plusieurs enquêtes sociales que par les enquêtes médicales, on dénombre 81 enfants et adolescents entrant dans ce cadre.

Si l'on ajoute à ce groupe celui des cas où la frustration n'est plus affective, familiale et flagrante, mais socio-culturelle et probable (transplantation, migration, misère sociale, etc.), on aboutit à un chiffre de 94 cas sur 110, soit 85 % des cas.

Ainsi donc, comme nous l'avons vu au précédent chapitre, 54 de nos 110 cas (soit la moitié) ont une « cause organique » précise et certaine de leur insuffisance mentale et 81 de ces 110 enfants (soit les trois quarts) ont une « cause psychogénétique » non moins évidente.

Si on appelle : facteur O une « cause organique » patente
facteur DF une dissociation familiale survenue dans la première enfance
facteur C une autre cause de carence socio-culturelle
facteur M une morbidité psychique ou une insuffisance parentale psychique, y compris l'alcoolisme

et qu'on étudie la répartition des malades du groupe en fonction de l'existence et de l'association de ces facteurs, on aboutit aux répartitions suivantes :

Facteur O : 14 cas. Age moyen d'entrée : 8 ans. Durée moyenne du séjour à la date d'étude : 4 ans 4 mois ; QI moyen d'entrée : 49 ; QI moyen à la date d'étude : 45.

Facteurs DF + M + C : 35 cas. Age moyen d'entrée : 11 ans. Durée moyenne du séjour : 2 ans 7 mois ; QI moyen d'entrée : 60 ; QI moyen à la date d'étude : 60.

Facteur O + facteur DF + facteur M + facteur C : 53 cas. Age moyen d'entrée : 10 ans. Durée moyenne du séjour à la date de l'étude : 3 ans 2 mois ; QI moyen d'entrée : 55 ; QI moyen à la date de l'étude : 52.

En fonction de l'âge d'entrée, l'enquête médico-sociale dénombre :

— avant 8 ans : 15 enfants
— avant 10 ans : 29 enfants
— avant 12 ans : 20 enfants
— entre 12 et 14 ans : 16 adolescents
— au-dessus de 14 ans : 6 adolescents

L'enquête médico-sociale permet en outre de noter, comme on l'a déjà vu :

— 13 cas de débilité mentale familiale, soit 12 % du total des 110 cas.
— 3 cas patents de convulsions familiales.

La frustration affective massive mise en évidence par l'étude socio-biographique, qu'elle survienne du fait d'une dissociation familiale, d'une morbidité des parents, d'une carence socio-culturelle de ceux-ci, ou qu'elle se soit traduite par un traumatisme affectif brutal ou par un enchaînement de lacunes et de carence des apprentissages au long cours doit encore une fois être soulignée ici, au terme de l'étude étiologique et sociologique anamnétique.

Sa survenue dans le premier âge semble en lui-même un facteur aggravant. De même, l'équilibre de la mère pendant sa grossesse semble jouer un rôle.

De même, une étude précise des conditions de la scolarité : conditions de la première scolarisation, étude de la personnalité des enseignants, encombrement des classes, compréhension ou non des problèmes posés par les handicaps, nombre de changements d'école, etc., eût été précieuse, car dans quelques cas, les difficultés psychologiques d'ordre scolaire se sont indiscutablement ajoutées aux difficultés psycho-affectives familiales pour créer une inhibition scolaire, un refus de la scolarité prenant d'abord le masque de la débilité et tournant ensuite à la débilité vraie.

Enfin, la carence affective et socio-culturelle aggrave dans un certain nombre de cas de façon importante l'insuffisance mentale, par exemple en ne permettant pas un dépistage et une rééducation précoces des handicaps ou en ne permettant pas l'orientation précoce vers des centres spécialisés.

III. — L'ETUDE CLINIQUE

a porté sur :

— l'état somatique
— L'instrumentation ; sensibilité, sensorialités, réflexes, tonus, motilité, praxies et gnosies, adresse digitale, latéralisation, schéma corporel, organisation temporo-spatiale
— l'existence ou non d'une épilepsie confirmée on non par l'examen électrique
— l'instabilité psycho-motrice et la turbulence
— la fatigabilité et la lenteur
— le jugement et l'attention
— la présence ou l'absence d'un certain nombre de traits de caractère que ne met pas en évidence l'examen psychologique proprement dit : entêtement, vanité, suggestibilité, sottise (dans le sens où l'entendait Chaslin), mais aussi pragmatisme, dynamisme, initiatives, sens de l'humour, sens de l'injustice, etc.
— la présence ou l'absence de signes de la série névrotique et psychotique : anxiété, inhibition, hyperémotivité, troubles du sommeil et de l'alimentation, énurésie sans cause locale ou neurologique, troubles du cours de la pensée, autisme, idées délirantes, etc. [1]

L'examen somatique a retrouvé :

— 33 cas (soit 30 %) d'insuffisance staturo-pondérale nette,
— 27 enfants et adolescents (en dehors de ceux dont l'encéphalopathie était patente présentant des anomalies dystrophiques tégumentaires ou viscérales :

1. Des examens complémentaires ont été systématiquement entrepris dans chaque cas : examen oto-rhino-laryngologique complété au besoin par un examen audiométrique ; examen radiographique des poumons, du crâne et, selon les cas, de tout le squelette osseux ; examen ophtalmologique ; examens biologiques : hémogramme, azotémie, glycémie, réactions sérologiques de la syphilis. Il n'a pas été pratiqué d'examen systématique du liquide céphalo-rachidien, mais, dans le cas où l'indication en a été posée, aucune anomalie n'a été mise en évidence.

— neuro-fibromatose, vitiligo,
— malformations crâniennes, oculaires, auriculaires,
— malformations palatines, cardiaques, osseuses, vertébrales.

En étudiant l'association de ces malformations, d'une part entre elles, d'autres part avec l'état d'arriération, on trouve :

— 2 neuro-fibromatoses de Recklinghausen (DM moyenne et imbécillité)
— imbécillité + dystrophies multiples : 5 cas
— imbécillité + dystrophies + arriération mentale familiale : 2 cas
— imbécillité + malformation + épilepsie : 2 cas
— débilité profonde + dystrophies multiples : 3 cas
— débilité profonde + malformation + comitialité : 3 cas
— débilité profonde + dystrophies + arriération familiale : 1 cas
— débilité moyenne + dystrophies multiples : 2 cas
— débilité moyenne + dystrophies + comitialité : 1 cas
— niveau limite + dystrophies multiples : 2 cas (dont l'un avec débilité mentale familiale typique).

Ainsi donc apparaît tout un groupe anatomo-clinique qu'on peut classer dans les dysplasies ectodermiques ou phacomatoses et qui vient s'ajouter au groupe des 27 encéphalopathes patents. L'étude de l'insuffisance mentale dans ce groupe montre que le niveau mental se situe entre l'imbécillité et la débilité moyenne et qu'il a pour caractéristique d'être homogène, semblable à lui-même à toutes les épreuves psycho-motrices et fixe au cours de l'évolution. Notons cependant dans ce groupe deux enfants atteints de nombreuses et importantes dystrophies et malformations et de niveau mental subnormal, et évoluant dans un sens normatif.

— enfin, dans 9 cas (8 %) des signes d'affection endocrinienne ont été retrouvés (myxœdème, cryptorchidie, monorchidie, inversion du sexe chromosomique, syndrome adiposo-génital).

La recherche des handicaps instrumentaux a mis en évidence les données suivantes :

— 23 handicapés sensoriels (20 %) :
  — 11 sourds et malentendants
  — 11 handicapés visuels : gros troubles de l'acuité visuelle ou de la réfraction
  — 1 enfant très myope et malentendant
— 20 strabiques dont 12 strabismes paralytiques « congénitaux »
— 3 enfants (dont deux avec séquelles d'encéphalite et de méningite) se présentant comme des « hyperacoustiques », présentant des réactions d'intolérance nettes au bruit.

En ce qui concerne les troubles moteurs, si on dénombre tous les enfants présentant un trouble tonico-moteur, quelle que soit l'importance de ce trouble, on retrouve 76 cas, soit 70 %. Ce groupe se subdivise ainsi :

— 15 cas atteints de grosses infirmités neurologiques motrices dont 2 infirmes moteurs cérébraux
— 20 cas présentant des troubles tonico-moteurs neurologiques séquelles d'affections connues ou restées imprécisées : paralysies poliomyélitiques, atrophies musculaires localisées, troubles de la trophicité osseuse et musculo-tendineuse, séquelles de fractures mal consolidées, amputations de doigts, etc.
— 41 cas présentant, en dehors de toute affection neurologique systématisée des troubles tonico-moteurs patents mais variables : troubles de l'image du corps propre, de la latéralisation, de la prévalence manuelle, dystonies, paratonies, conservation des syncinésies, hypertonies globales ou localisées, hypotonies, tremblement.
— nous mettrons à part 12 enfants qui présentaient des troubles importants de la statique vertébrale : cyphose, scoliose, cypho-scoliose, hyperlordose lombaire.

L'importance proportionnelle de ce groupe de 76 cas par rapport aux 110 cas étudiés et l'importance de l'incidence des troubles moteurs sur la débilité mentale et son évolution nous font ouvrir ici une discussion sur de tels troubles.

Une notable partie de ces troubles entrant dans le cadre descriptif du syndrome de débilité motrice de Dupré et Merklen (de même que des signes neurologiques, des stigmates dysendocriniens, des atteintes sensorielles mal systématisées) font partie du tableau classique de la débilité mentale. Mais il nous a semblé dans un nombre élevé de cas, rejoignant en cela la pensée de nombreux auteurs qui ont étudié les troubles perceptivo-moteurs de la débilité mentale, que ces troubles moteurs, d'une part étaient difficilement dissociables des troubles toniques, des troubles sensitifs et des troubles sensoriels, et d'autre part que leur existence et leur intrication avec les troubles perceptifs et toniques rendaient compte au moins partiellement de l'insuffisance et de la dysharmonie intellectuelle.

Chez les enfants handicapés moteurs neurologiques, comme chez les enfants dyslatéralisés ou présentant des troubles du schéma corporel, existent en effet des désordres toniques plus ou moins importants. Mais ces désordres toniques sont eux-mêmes liés à des troubles perceptifs ou sensoriels que l'examen met en évidence et il est difficile souvent de préciser si ce sont les troubles perceptifs qui induisent les troubles moteurs ou inversement. Ce qu'on retrouve ce sont des troubles qui apparemment sont en tous points semblables aux atteintes des praxies et des gnosies telles qu'on les rencontre dans les lésions corticales traumatiques ou déficitaires des troubles des perceptions sensorielles élémentaires (audition, vue, tact, toucher, goût, odorat), des troubles des sensibilités élémentaires superficielles ou profondes : l'imitation posturale est défectueuse, la coordination globale ou segmentaire n'est pas acquise, la

représentation mimétique n'est pas correcte par rapport à des enfants « normaux » du même âge et ceci qui est valable pour la gestualité élémentaire l'est aussi pour l'écriture, le calcul et la lecture, la parole.

On se trouve donc en présence d'une « organisation perceptivo-motrice » défectueuse qui sous-tend une « organisation spatio-temporelle » tout aussi incorrecte, laquelle empêche le passage à l'abstraction et à la symbolisation.

Chez de nombreux enfants et adolescents, ces troubles se sont atténués partiellement ou totalement sous l'effet de la rééducation. Force est d'incriminer dans leur existence une carence des apprentissages. Et, comme le développement du langage semble lié au développement de l'organisation temporo-spatiale en entier, les troubles de l'insuffisance de celle-ci conduisent aux mêmes réflexions que les troubles perceptivo-moteurs proprement dits.

Donc, en ce qui concerne l'étude des troubles moteurs, il est difficile de formuler les résultats de notre étude sous une forme quantifiée satisfaisante. Les troubles perceptifs, toniques, moteurs, de la latéralité, du schéma corporel, que la clinique retrouve sont des données médico-psychologiques étroitement imbriquées : le tonus postural ou segmentaire, par exemple, dépendant des sensibilités proprioceptives lesquelles peuvent être altérées, soit par des atteintes anatomiques (séquelles de poliomyélite par exemple), soit par le non exercice lié par exemple à l'hospitalisme du premier âge ou des perturbations extérieures maladroites et répétées des apprentissages et de la pédagogie de l'enfance. De tels désordres toniques entraînent à la fois une méconnaissance de l'image du corps propre ou schéma corporel et des troubles moteurs. A l'inverse, la spasticité ou la paralysie d'un membre ou des troubles sensoriels retentissent sur l'image du corps propre et la modifient dans un sens désorganisateur.

En conclusion de cette discussion, soulignons l'importance que revêt, à nos yeux, la perturbation des sensibilités, des sensorialités, du tonus et des fonctions instrumentales motrices dans le groupe des débiles étudiés. Les myopies inaperçues, les strabismes anciens non traités, entraînent de grosses altérations perceptives. Une hypotonie de fond très souvent masquée par une paratonie s'associe fréquemment avec l'asthénie, la lenteur, l'inertie caractéristiques de l'enfant débile et doivent peser dans les indications pédo-psychiatriques d'une façon plus importante que cela ne semble avoir été le cas jusqu'ici.

Une relation nette apparaît entre ces troubles et les difficultés practognosiques de l'enfant.

Par ailleurs, on trouve :

— 6 grosses malformations (que nous avons déjà évoquées à propos des phacomatoses) :

2 malformations cardiaques

3 communications palatines
1 déformation thoracique avec dextro-rotation cardiaque

— 19 comitiaux ayant fait une ou plusieurs crises en cours de placement
— 41 enfants ayant eu des convulsions pendant la petite enfance
— 14 enfants, en dehors du groupe des comitiaux cliniques, présentant des altérations électriques de la série comitiale sans crises cliniquement décelées

L'électroencéphalogramme, pratiqué à titre systématique, a dans plusieurs cas montré un déficit cortical global ou hémisphérique avec traces de ralentissement global ou en zone, mais la labilité de ces tracés d'un examen à l'autre ne permet pas de tirer des conclusions fermes.

L'encéphalographie gazeuse n'a pas été pratiquée à titre systématique. Elle n'a été faite que 3 fois et a montré dans les 3 cas une dilatation des citernes. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un enfant de 4 ans avec la suspicion de démence précoce. Cet enfant est sorti au moment de cette étude pour un apprentissage professionnel avec un QI à 80, sans qu'il soit noté de troubles psychiatriques. En ce qui concerne l'étude de la latéralité, nous avons trouvé :

— 7 enfants gauchers authentiques à dominance hémisphérique droite, ayant une adresse digitale fine, une musculo-trophicité, une sensorialité (acuité auditive et visuelle) plus développée dans la moitié gauche de leur corps et ayant cependant reçu une éducation psycho-motrice de nature à développer les fonctions instrumentales de la moitié droite de leur corps.
— 12 enfants, débiles moyens pour la plupart, n'avaient pour ainsi dire aucune dominance établie à leur âge se situant entre 5 et 15 ans.
— 5 enfants avaient fait l'objet d'une rééducation contradictoire de la latéralité, soit à l'école, soit dans un centre spécialisé, ayant successivement été considérés comme des gauchers vrais, des droitiers vrais, des gauchers contrariés.
— sur les 5 gros infirmes moteurs, 3 avaient leurs séquelles d'hémiplégie localisées à la moitié droite du corps avec main et pied spasmodiques.

L'un de ces trois cas était parfaitement bien latéralisé à droite, avec un QI à 75, égal à lui-même en 6 années de placement.

Les deux autres restaient dystoniques et dyskinétiques à gauche, ce qui trouverait peut-être son explication dans une dominance hémisphérique gauche persistante en dépit de l'atteinte organique de cet hémisphère.

En ce qui concerne les troubles du langage verbal, les constatations suivantes ont été faites :

— 75 des 110 enfants et adolescents étudiés étaient dysarthriques (soit 68 %). Nous n'avons pas en vue ici les troubles syntaxiques portant sur l'analyse grammaticale et lexicologique du langage qui entrent plutôt dans le cadre des troubles de la symbolisation, mais les troubles

arthriques ou praxiques proprement dits. Ces troubles consistaient en troubles du rythme et de la phonation (dysrythmie respiratoire, tics, bégaiements, chuintements, zozotements) ou en dysarthrie proprement dite, marquée par l'impossibilité de prononcer correctement certaines lettres ou certains mots. Chez aucun de ces 75 sujets l'examen laryngologique n'a constaté de lésions de l'appareil phonatoire périphérique. Un cas d'asymbolie à titre d'aléxie a été retrouvé. 11 hypoacoustiques ou sourds ont été retrouvés par un examen auditif systématique chez ces 75 cas.

— 61 enfants et adolescents (soit 55 %) étaient des instables psychomoteurs. Cette instabilité psycho-motrice est l'un des signes cliniques les plus constants que nous ayons rencontrés. Elle se manifeste le plus fréquemment au niveau des extrémités, mais souvent la tête, le tronc et le corps en entier y participent. Elle se distingue de la simple turbulence des enfants par l'impossibilité dans laquelle se trouve le sujet de rester immobile. Elle est, soit apragmatique réduite à une hypermotilité globale ou segmentaire, soit pragmatique à composante ludique et sécurisante, se traduisant alors par une manipulation irrépressible des objets situés dans la proximité de l'enfant et à une exploration incessante, auditive, visuelle, tactile et gestuelle de l'environnement. Elle se distingue de « l'instabilité neuro-organique » par le fait qu'il ne s'agit pas de mouvements involontaires par lésion du système nerveux central, qu'elle se localise avec prédilection aux segments de membre dont les groupes musculaires ont un rôle moteur très habituel, qu'elle est rythmique quand elle n'est pas intégrée dans un geste manipulatif, qu'elle est *langage*, qu'elle *exprime*, contrairement au tremblement et au mouvement involontaire neurologique, une impossibilité d'immobilité ou d'expression verbale. Cette « bougeotte » a la même signification que celle du petit enfant, elle est le transfert ou la régression au stade du langage gesticulatoire par angoisse du contact adulte, par immaturité du système de communication verbal, dysgénésie de la verbalisation. Elle est signe d'inhibition et chez un enfant débile n'authentifie pas la débilité, mais témoigne de l'angoisse. Elle cède spectaculairement à une sécurisation bien conduite, mais peut épisodiquement ou définitivement, mais alors à un degré moindre, subsister sous forme de séquelle, comme un tic. Elle disparaît pendant le sommeil, elle s'atténue sous tranquillisants ou neuroleptiques ; elle se distingue du tremblement neurologique quand elle n'atteint que les segments distaux du corps par son intégration dans un mouvement stéréotypé, si limité soit-il. Du point de vue psychologique, il y a une relation évidente entre son existence et la conscience (plus ou moins nette) qu'a l'enfant de ses déficiences.

— Chez 90 cas étudiés (soit dans 81 % des cas), nous avons mis en évidence une hyperémotivité sur un ensemble de constatations : onychopagie, troubles de la vaso-motricité faciale, segmentaire, troncu-

laire, tremblement, bafouillement, éréthisme cardiaque, tachycardie, crise d'instabilité, de baillements, lipothymie, poussée hypertensive, blocage respiratoire en situation conflictuelle et amélioration des performances après sécurisation. Cette hyperémotivité peut être considérée comme un handicap de l'équipement. Il est possible qu'elle puisse être notablement amendée par une psychothérapie de type analytique ou non, méthodique et systématique. Lorsqu'elle se voit chez un enfant de 10-13 ans, il nous semble qu'elle s'est constitutionnalisée si elle n'est pas constitutionnelle et doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation du bilan global et du pronostic.

En ce qui concerne les troubles psychotiques ou schizophréniques ou « pré-psychotiques », ils avaient été détectés chez 12 de nos cas à leur entrée dans le service. En fait, l'observation, pendant deux ans, des enfants et adolescents du groupe étudié a mis en évidence un certain nombre de difficultés et de constatations relatives à ces troubles.

C'est ainsi que chez 5 au moins des 12 enfants considérés comme « pré-psychotiques » à l'entrée, les troubles de type autistique n'ont plus été mis en évidence en cours de placement. D'autres enfants, par contre, considérés comme débiles « purs » ont présenté des signes de type « autistique » refuge dans un imaginaire, introversion, rêveries apragmatiques, auto-érotisme, opposition au réel, etc. La limite entre névrose, pré-psychose et psychose nous a toujours paru difficile à établir. Nous n'avons jamais mis en évidence de délire à proprement parler, mais dans 5 cas des idées délirantes de persécution indiscutables avec personnalité de type paranoïaque. Les troubles affectifs sont constants et classiques dans la débilité mentale, mais il nous paraît que nous devons insister, à la lumière de nos 110 cas, sur la relativement fréquente difficulté de diagnostic entre débilité mentale et psychose (ou pré-psychose).

L'autisme abaisse énormément la qualité des performances. On se trouve devant une grosse inhibition anxieuse, une véritable terreur devant le matériel d'épreuve ou le contact humain avec angoisse et rétraction. Tout à l'écoute de son monde intérieur, de ses sensations cénesthopathiques, le malade voit ses perceptions extérieures troublées, ses sensibilités profondes et superficielles, ses sensorialités n'entrent pas en activité ou n'y entrent que partiellement et superficiellement. La conduite d'échec ou de catastrophe prend des formes d'évitement auxquelles médecins et testeurs peuvent se tromper. Certes, l'anamnèse, la dispersion des items aux épreuves psychométriques avec certaines réussites égales ou supérieures à l'âge réel, la mise en évidence clinique de la tendance à l'autisme peuvent mettre sur la voie et conduire au diagnostic de fausse débilité, mais, par ailleurs, l'association d'un retard ou d'une insuffisance mentale réelle avec une dysthymie ont été constatées et il est aussi difficile dans de tels cas d'apprécier objectivement l'intelligence réelle

de l'enfant que d'évaluer la part respective de ces deux facteurs dans la déficience globale.

Inversement, dans un cas au moins des enfants et adolescents que nous avons étudiés, nous nous sommes trouvés en présence d'un garçon de 14 ans considéré, cliniquement, comme un schizophrène. Du schizophrène il présentait en effet les troubles verbaux, les bizarreries, le maniérisme, l'impénétrabilité, une certaine ambivalence et des altérations du système logique. Il s'agissait d'un pupille de l'Assistance Publique, placé depuis sa naissance, ayant éprouvé 3 changements de placement nourricier, exclu d'un IMP en raison de ses troubles du caractère et du comportement. Les examens psychologiques et médicaux minutieux ont permis de mettre en évidence chez ce garçon un niveau mental normal, en dépit de toutes les lacunes des acquisitions socio-culturelles et scolaires. L'explication de ces troubles « psychotiques » et comportementaux se trouvait dans une façon particulière de vivre l'abandon que ce garçon intelligent et sensible ressentait si profondément, dont l'atteinte en lui était si grave qu'il ne pouvait la supporter, l'endurer qu'en tournant tout en ridicule : autrui, lui-même, les grandes personnes, le cadre dans lequel il vivait. Ses bouffonneries, son maniérisme, ses discordances, sa façon de faire le clown, le Sot ou le Fou étaient autant de façons de « singer » ludiquement la dignité des grandes personnes qu'il identifiait à ses parents qui l'avaient abandonné. Ici le ludisme était particulier, il ne renvoyait pas au ludisme de la première enfance dont la persistance narcissique pouvait être mise sur le compte d'une pré-psychose, il renvoyait au nain de cour, à Arlequin et à ses simulacres, au Fou du Roi, à tous ces bouffons du théâtre de Shakespeare ou de Ghelderode dont les « quatre vérités » s'enveloppent de flatteries et de facéties. Une attitude psychothérapique plus perspicace, basée sur cette analyse, permit de réduire notablement ses « réactions caractérielles » et de le rendre à la nourrice à laquelle il s'était fixé affectivement.

IV. — L'ETUDE PSYCHOLOGIQUE

a comporté :

— un entretien psychologique
— le test de Binet et Simon modifié par René Zazzo, à titre systématique dans un but d'investigation clinique et de recherche sur la débilité mentale.
— des tests adaptés au cas particulier de chaque enfant : labyrinthes de Portéus ou toutes les épreuves du Wisc, cubes de Kohs de l'échelle de Wechsler, figure complexe de Rey, bestiaire de Zazzo, test non verbal de Borel-Maisonny.

Sur les 110 cas étudiés, 87 ont été testés régulièrement et complètement pendant au moins 2 ans (17 d'entre eux n'ayant pas encore atteint, à la date de cette étude, une durée de séjour de 2 ans, avaient cependant été testés 2 fois à un an d'intervalle).

Nous ne comptons pas non plus, dans ce groupe de 87, 5 enfants psychotiques dont les résultats trop variables d'un examen à l'autre ne peuvent être utilisés dans une étude sur la débilité mentale. De même, avons-nous éliminé les plus gros handicaps moteurs du groupe, pour lesquels la passation même des épreuves psycho-métriques standardisées représentait une « performance » dans des conditions trop « anormales » pour eux.

15 de ces 87 enfants avaient dépassé l'âge de 15 ans à la date de l'étude, âge qui est considéré comme une sorte de plafond du niveau mental de l'adulte moyen et au-delà duquel l'étude de l'évolution du quotient intellectuel n'a habituellement plus d'intérêt. Comme 3 seulement de ces 15 cas étaient entrés dans le service à un âge supérieur à 15 ans, nous ne les avons pas éliminés du calcul global des résultats qui va être donné ci-dessous.

Dans nombre de cas une différence d'efficience assez grande a pu être constatée entre le « QI verbal » et le « QI performance ». Cette différence rejoignait les constatations cliniques concernant l'existence de formes à retard psycho-moteur ou verbal prédominant. Ces particu-

larités ne peuvent être exprimées ici sous une forme chiffrée et nous ne fournirons que les résultats de l'évolution du QI global.

Nous devons indiquer cependant que cette notion de quotient intellectuel, si elle est un moyen indispensable pour évaluer le niveau intellectuel d'un enfant qui apparaît comme retardé, nous a paru, dans nombre des cas que nous avons étudiés, ne pas permettre à elle seule de bien distinguer les aspects structurels de la débilité mentale, partant de bien poser les indications psycho-pédagogiques qui découlent de ces aspects.

Plus intéressants à cet égard sont les profils de dispersion des résultats aux épreuves psychométriques, qui confirment l'existence de formes cliniques de débilité mentale, différentes les unes des autres dans leurs structures.

C'est ainsi, par exemple, qu'en évaluant chez les enfants considérés, un âge perceptif, un âge moteur, un âge grapho-moteur, un âge en calcul et en orthographe, etc., ou, si l'on prend des données purement cliniques, un âge osseux, un âge staturo-pondéral, un âge de développement des caractères sexuels, on établit un profil de ces enfants constitué par un certain nombre de courbes qui, quelquefois, se sont avérées être assez parallèles, mais qui souvent ne l'étaient pas du tout.

L'étude de ces profils a mis en évidence que si un QI global médiocre recouvrait souvent une débilité « homogène », il recouvrait aussi d'autres formes électivement constituées par des troubles « dysfonctionnels » : dyslatéralisation, dysarthrie, dysorthographie, dyscalculie, etc., sur un terrain émotif et prédisposé aux troubles névrotiques.

De telles différences se retrouvent lorsqu'on suit l'évolution dans le temps des courbes qui constituent le profil. Ici encore se retrouvent des progressions, des régressions, des arrêts du développement de telle ou telle aptitude d'un examen à l'autre.

C'est surtout lorsque les différentes courbes du profil sont parallèles et homogènes que la notion d'âge mental, donc de quotient intellectuel prend tout son sens.

Dans les autres cas, elle ne donne qu'un reflet partiel de la structure psychique des débilités mentales, de ce qui les fonde dans les profondeurs de la personnalité.

Comme l'âge mental traduit néanmoins, dans les cas que nous avons étudiés, le résultat global le plus simple des efforts médico-pédagogiques entrepris, ce sont ses variations que nous dégagerons ci-dessous.

— à la date de l'étude le QI moyen est de 60
— la durée totale de séjour du groupe dans le service est de 268 années et 7 mois
— le gain total d'âge mental du groupe est de 112 années et 11 mois

— le gain moyen d'âge mental est de 1 an, pour un âge chronologique moyen de 13 ans et une durée moyenne de séjour de 2 ans 5 mois.

L'étude de l'évolution de l'âge mental en cours de placement permet d'aboutir aux constatations suivantes :

— Il n'y a pas de corrélation entre la durée du séjour et le gain d'âge mental. Pour 50 enfants séjournant dans le service depuis plus de 2 ans et demi le gain total d'âge mental a été : 90 ans 9 mois, soit un gain moyen d'âge mental de 1 an 9 mois. Pour 23 enfants qui séjournaient dans le service depuis plus de 5 ans, le gain total d'âge mental a été de 51 ans 8 mois, soit un gain moyen de 2 ans 3 mois.

— Dans la grande majorité des cas, le niveau mental évalué par le calcul du quotient intellectuel est resté le même sensiblement pendant la durée du placement. C'est ainsi que :
  — 50 des 87 cas régulièrement testés ont vu leur QI rester strictement dans la même zone de débilité mentale.
  — 6, tout en régressant de 5 à 10 points, sont restés dans la zone indiscutable de débilité.
  — 15, tout en progressant de 5 à 10 points, sont restés dans la zone indiscutable de débilité.

Donc pour 71 cas sur 87, soit chez 81 % de ces enfants, le niveau mental est resté le même du point de vue des épreuves psychométriques. Ces résultats ne concordent pas totalement avec l'appréciation clinique, laquelle pour 20 de ces enfants (23 %), concluait qu'il s'agissait d'enfants dévalorisés par leurs handicaps affectifs ou instrumentaux qu'on pouvait considérer comme des « pseudo-débiles », d'autant plus volontiers que leurs résultats aux tests étaient dispersés avec une réussite au moins égale ou supérieure à leur âge réel et pour lesquels d'autres conduites psycho-pédagogiques auraient peut-être abouti à une atténuation, sinon à une disparition du retard mental. L'existence et l'importance du nombre de ces «pseudo-débiles» méritent d'être soulignées. Ils ne se distinguent pas des autres enfants du groupe par un QI plus élevé (QI moyen = 63), mais par la dispersion des réponses aux tests, une carence socio-culturelle et affective nette dans le premier âge, la mise en évidence de troubles de type psycho-névrotique aux tests de projection, l'amélioration rapide et globale de leurs acquisitions et de leur comportement lorsque le milieu psycho-pédagogique est à la fois protecteur et maternant et, si l'on peut dire, suffisamment paternant et dynamisant. Cette double condition est, dans la pratique, assez difficile à réaliser et cela d'autant plus qu'on se trouve en présence d'un groupe à dispersion d'âge réel assez grande. C'est ainsi par exemple que les enfants entrés en bas âge nous ont paru souffrir de la structure insuffisamment maternante et rester en deçà de leurs possibilités de ce fait ; or, cette constatation est en contradiction avec celle qui tendrait à montrer que le dépistage précoce et le traitement psycho-pédagogique précoce sont des facteurs de bon pronostic.

Si l'on considère que l'âge de 15 ans constitue pour la plupart des auteurs la limite habituelle de développement intellectuel et si l'on admet également que bien souvent chez un débile ce développement se poursuit à son rythme propre, au-delà de cet âge limite habituel, il est difficile de dire si le gain moyen d'âge mental de 1 an pour 13 ans d'âge réel moyen et 2 ans 5 mois de durée de séjour moyenne représente un succès thérapeutique dans le cas d'enfants ayant un QI moyen de 60.

On peut toutefois se livrer à une critique du résultat global en comparant les uns aux autres 4 groupes d'évolution différente et en essayant de mettre en évidence d'éventuelles explications du mode évolutif différent de chacun de ces 4 groupes.

— Le premier de ces groupes est celui de 50 enfants qui, nous l'avons vu, ont gardé un QI égal à lui-même pendant toute la durée du placement. Du point de vue de l'âge la dispersion y est statistiquement la même que dans le groupe global. Du point de vue du niveau mental on note : 13 imbécillités, 19 débilités profondes, 6 débilités moyennes, 9 débilités légères, 3 niveaux subnormaux et un QI moyen de 53. Le niveau mental de ce groupe est donc sensiblement inférieur à celui du groupe total ; on y trouve en particulier 13 imbéciles sur les 17 étudiés. Le nombre et l'importance des déficits sensoriels n'y est pas plus important que dans l'échantillonnage global, ni celui des atteintes cérébrales proprement dites.

  Cliniquement, on retrouve une fois encore dans ce groupe l'impression d'une dualité entre, d'une part le sous-groupe des imbéciles et débiles profonds, et d'autre part celui des débiles moyens et légers avec quelques cas intermédiaires. Cette dualité ne correspond pas totalement à la distinction classique entre débilité exogène et débilité endogène, elle est liée à des traits comportementaux, aux réactions aux événemens, à l'appétence scolaire, à une meilleure labilité de l'humeur, à une plus grande polyvalence des expressions verbales ou esthétiques dans un groupe par rapport à l'autre.

— Un 2e groupe de 18 enfants se caractérise, du point de vue de l'évolution du niveau mental en cours de placement, par une légère régression. Quelques-uns de ces enfants avaient été soumis à un perfectionnement particulièrement intensif qui semble les avoir fait aboutir à un seuil de performances peut-être au-dessus de leurs possibilités naturelles. Pour d'autres, des troubles affectifs persistants ou une maladie grave ou un accident en cours de séjour ont joué un rôle.

— Dans un 3e groupe de 11 enfants, on note une régression importante, dépassant 10 points de QI. Là encore, on retrouve dans la plupart des cas comme facteurs causaux éventuels une aggravation des troubles organiques (épilepsie), des troubles affectifs dont certains liés à une inadaptation au service, des maladies de longue durée intercurrentes.

— Un 4e groupe de 8 enfants et adolescents est caractérisé par une augmentation plus ou moins marquée de son niveau mental. 4 débiles moyens deviennent des débiles légers, 2 adolescents normalisent un QI limite ; 2 débiles profonds passent à la limite supérieure de la débilité moyenne.

D'une façon générale, l'évolution du développement psycho-moteur et noétique telle que l'expriment l'âge mental et le QI ne se superpose pas rigoureusement à l'évolution telle que la juge l'observation clinique. Certains enfants « rattrapent» en classe peu ou prou leur âge scolaire réel et ceci, paradoxalement, ne se traduit pas de façon éloquente par une amélioration de leurs performances psycho-métriques. D'autres enfants (il s'agit essentiellement des handicapés sensoriels ou moteurs) ne trouvent manifestement pas dans la structure hospitalière, qui est celle où se situe cette étude, les techniques de rééducation hautement spécialisées qui leur permettraient, une fois dominés les déficits instrumentaux de mettre à l'épreuve leurs aptitudes concrètes ou abstraites. Cette même « déficience institutionnelle » nous a semblé préjudiciable aux enfants psychotiques et aux niveaux subnormaux du groupe étudié.

Dans un autre ordre d'idées, il eût été intéressant de rechercher ce qui, soit sur le plan institutionnel, soit sur le plan relationnel influait sur l'évolution du niveau mental et la maturation caractérielle des enfants traités. En effet, outre les techniques de rééducation proprement dites (rééducation de la psychomotricité, éducation physique, orthophonie) et les séances de psychothérapie, les activités psycho-pédagogiques du service étaient essentiellement représentées par une scolarisation spécialisée, du type des classes de perfectionnement et des ateliers éducatifs à base d'ergothérapie dirigée.

Dans toute la mesure des places disponibles, tous les enfants du groupe avaient été l'objet, à leur arrivée dans le service, d'une tentative d'insertion à la fois à l'école et dans les ateliers. L'élimination d'un certain nombre d'entre eux de l'une ou l'autre de ces activités ou des deux ne s'était effectuée qu'après une mise à l'épreuve patiente et souvent répétée.

Cette conduite rend malaisée une étude qui viserait à déterminer ce qui, dans la progression d'un âge mental, revient plus particulièrement aux techniques scolaires ou à telle autre technique rééducative. On peut toutefois individualiser un groupe de 23 cas qui, pour des raisons diverses, n'ont pas du tout été scolarisés. Dans ce groupe le gain d'âge mental est de 22 ans 5 mois pour une durée de séjour totale de 76 ans.

V. — CONCLUSIONS

Nous avons étudié 110 enfants et adolescents placés pour arriération mentale du niveau de l'imbécillité ou de la débilité mentale dans le service des enfants arriérés du Docteur Beley, à l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse.

Nous avons successivement étudié ces cas du point de vue étiologique, sociologique, clinique et psycho-métrique.

L'étude étiologique nous a permis de retrouver dans 57 cas une cause organique héréditaire, embryopathique, néo ou post-natale, permettant de qualifier les enfants ainsi atteints d'encéphalopathes.

L'étude sociologique nous a permis de retrouver dans 81 cas une carence affective ou socio-culturelle massive et dans 13 cas une débilité mentale familiale indiscutable.

L'étude clinique nous a permis de retrouver des signes physiques d'encéphalopathie chez 54 cas. Dans 99 cas, existaient des troubles percepto-moteurs importants. 19 cas étaient des comitiaux cliniques. 75 enfants étaient dysarthriques. Une instabilité psycho-motrice a été retrouvée dans 61 cas, une hyperémotivité dans 90 cas. Des signes psychiatriques tels que la perversité, la niaiserie, la vanité, la suggestibilité, l'inintimidabilité, les actes délictueux n'ont pas pu, du fait de leur variabilité, faire l'objet d'une étude chiffrée. 15 enfants et adolescents présentaient des troubles psycho-névrotiques importants.

L'étude psycho-métrique nous a montré, d'une part que le QI moyen était de 60, que le gain moyen d'âge mental avait été de 1 an, pour un âge chronologique de 13 ans et une durée moyenne de séjour de 2 ans 5 mois, et que dans 81 % des cas le niveau mental était resté le même pendant au moins 2 années d'observation.

La confrontation des données fournies par l'ensemble des études étiologiques, sociologiques, cliniques et psycho-métriques nous a amenés à faire les constatations suivantes :

1. - Le nombre des phacomatoses et des arriérations mentales d'origine métabolique est sans doute plus élevé que celui que nous avons retrouvé avec certitude et nécessiterait de plus grandes possibilités de recherches génétiques, chimiques, enzymologiques et anatomo-cliniques.

2. - Les enfants atteints d'imbécillité et de débilité profonde, pour peu que celle-ci soit homogène et constante semblent nécessiter d'autres conduites médico-pédagogiques que les enfants présentant une débilité moyenne ou légère.

3. - Dans 18 % des cas, le tableau clinique était celui de la pseudo-débilité plus que celui de la débilité vraie.

4. - Les troubles percepto-moteurs nous ont paru être au cœur du problème de la débilité mentale dans nombre de cas. Des méthodes précises devraient pouvoir mettre le clinicien à même d'étudier l'incidence de la correction de la sensorimotricité sur l'élévation du niveau mental. Bien souvent, le déficit intellectuel semble passer par un déficit instrumental. Si l'on peut corriger celui-ci, on doit pouvoir atténuer celui-là.

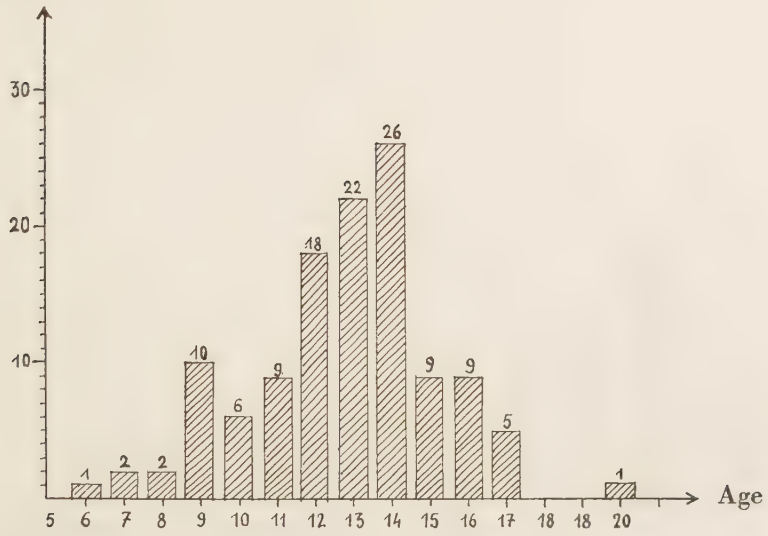
5. - L'étude des anomalies sensorielles, tonico-motrices, praxiques et gnosiques met en évidence des formes cliniques différentes de débilité mentale. Une organisation temporo-spatiale défectueuse, liée à de discrets déficits sensoriels ou toni-moteurs non dépistés à temps ou négligés semble à la base de bien des débilités mentales. De même que les troubles tonico-moteurs semblent souvent secondaires à des troubles proprioceptifs, arthro-cinétiques notamment, les troubles temporels et rythmiques semblent souvent secondaires à des troubles de l'orientation de l'espace, eux-mêmes liés à des perturbations audio-visuelles. C'est l'âge spatial et temporel qui est retrouvé le plus retardé dans tout le groupe des enfants dont la débilité n'est pas homogène, qui présentent des difficultés scolaires en calcul et en orthographe et dont l'affectivité est de type névrotique.

6. - Dans le même ordre d'idées, la lenteur, l'asthénie et plus que l'asthénie la fatigabilité à l'effort de plusieurs des enfants étudiés, joints à un lymphatisme, des traits de caractère de type obsessionnel, font évoquer la « psychasthénie » des adultes et penser que les troubles névrotiques sont sans doute à la base de plusieurs des cas de débilité mentale que nous avons étudiés.

7. - Dans la quasi totalité des cas étudiés, à la débilité mentale s'associaient d'autres facteurs tels qu'un milieu familial absent ou insuffisant ou un handicap somatique important. S'il existe, du point de vue institutionnel, des structures relativement suffisantes pour les débiles « non compliqués », il nous paraît évident que la débilité associée à d'autres troubles rencontre une « tendance rejetante » très nette de la part de l'inconscient (ou du conscient) collectif.

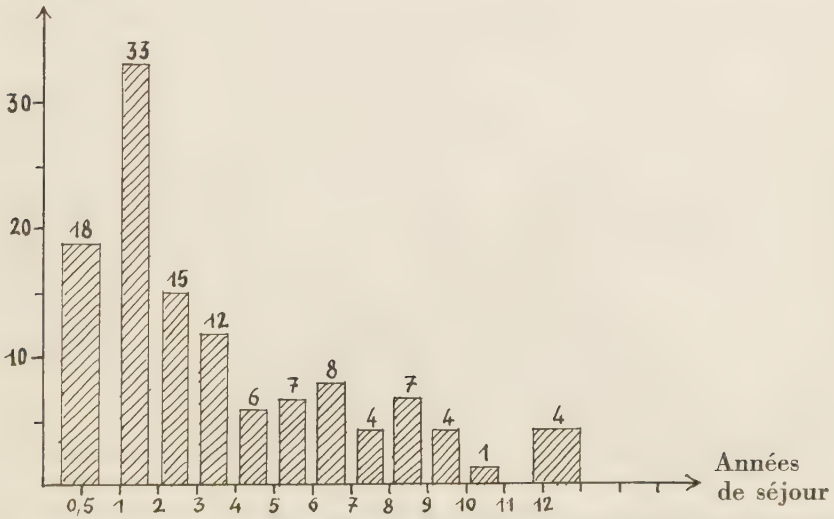
8. - Concept médico-psychologique, la débilité mentale peut aussi bien être considérée comme un concept sociologique et même anthropologique. C'est à l'école que l'enfant débile est tour à tour dépisté, perfectionné et rejeté. C'est par rapport à la scolarisation de la civilisation industrielle et technicienne que s'individualise et se définit la débilité mentale. Avec une conception moins réifiée du Temps et de l'Espace, avec une plus grande plasticité des méthodes médicales, psychologiques et pédagogiques, la proportion des débiles mentaux par rapport à l'ensemble de la population scolaire cesserait peut-être d'avoir l'importance qu'elle a actuellement.

Enfants

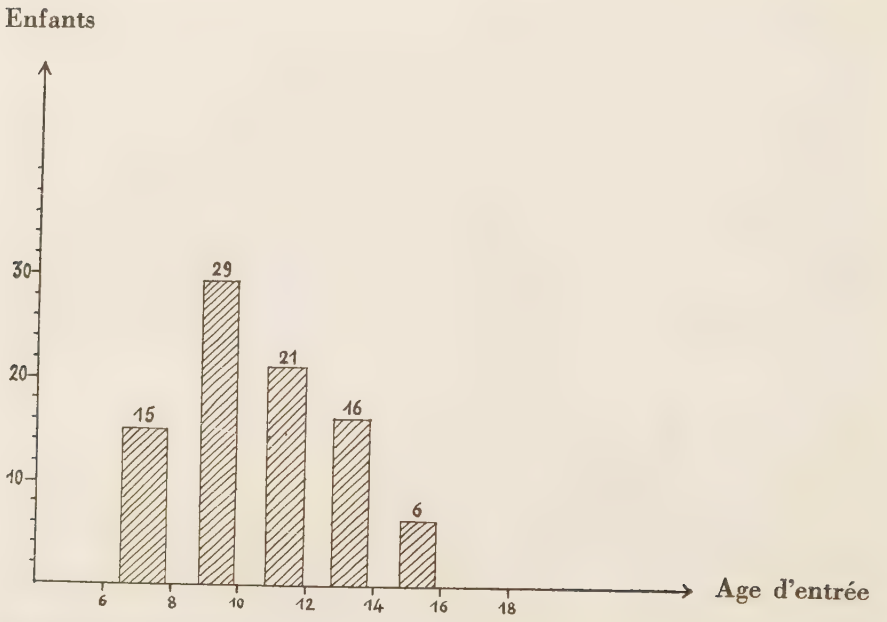


Histogramme des enfants en fonction de leur âge

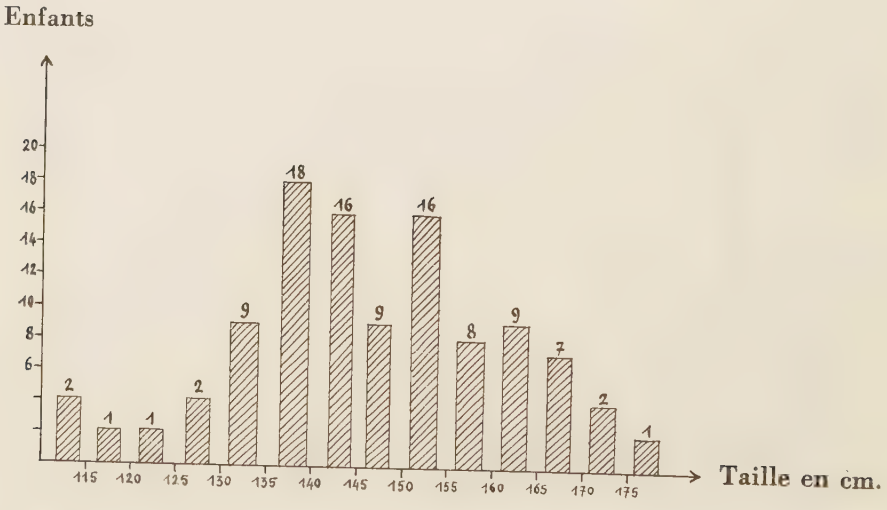
Enfants



Histogramme des enfants en fonction de leur durée de placement



Histogramme des enfants en fonction de leur âge au moment du placement



Histogramme des enfants en fonction de leur taille
Moyenne d'âge 13 ans. Moyenne de taille 138 cm.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA et HÉCAEN : Le cortex cérébral (Masson, 1960).

Jenny AUBRY : Les détériorations profondes de la personnalité consécutives à la carence des soins maternels (*Evolution Psychiatrique*, 1955).

A. L. BELEY : L'enfant instable (P.U.F.).

Jean CHATEAU : Règle et turbulence dans le jeu enfantin (*Diogène*, N° 40).

Bruno CASTETS : Note critique sur la notion d'arriération mentale (*Evolution psychiatrique*, 1962. Tome XXVII. Fasc. III).

Bruno CASTETS : Arriérations mentales structurales et arriérations mentales instrumentales (*La Presse Médicale*, 3 novembre 1962).

DEBRÉ-LELONG : Manuel de pédiatrie (Flammarion).

Encyclopédie médico-chirurgicale.

Henri EY, BERNARD, BRISSET : Manuel de psychiatrie (Masson).

Maurice LECONTE : Expertise d'un débile pyromane (*Texte dactylographié*).

Pierre MALE : Psychothérapie de l'adolescent (P.U.F.).

Léon MICHAUX : Psychiatrie infantile (P.U.F.).

MERLEAU-PONTY : Cours de psychologie professé en Sorbonne.

NELSON : Traité de pédiatrie (Maloine).

OMS : Rapport technique N° 98 (Masson).

Jean-Paul SARTRE : Esquisse d'une théorie des émotions (Hermann).

André REY : Etude des insuffisances psychologiques (Delachaux et Niestlé).

SPITZ : La première année de la vie de l'enfant (P.U.F.).

Guy TARDIEU : Les feuillets de l'infirmité motrice cérébrale.

WECHSLER : La mesure de l'intelligence de l'adulte (P.U.F.).

René ZAZZO : Conduite et comportements (Delachaux et Niestlé).
La débilité mentale (*Numéro spécial d'Enfance*).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDARD D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

Doyen	Gaston CORDIER
Premier assesseur	Daniel BARGETON
Deuxième assesseur	Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) *Professeurs titulaires :*

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
Biophysique médicale	DOGNON (A.)
Biophysique médicale	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	CHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)

Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (C.)
Pathologie médicale	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) *Professeurs à titre personnel :*

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
Biochimie médicale	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) *Professeurs titulaires :*

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon)	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(Cochin)	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu)	PATEL (J.)
(Pitié)	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière)	SICARD (A.)
(Tenon)	OLIVIER (C.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	DUBOST (C.)
Clinique de chirurgie pleuropulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)

Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
(Broussais)	MILLIEZ (P.)
(Broussais)	LENEGRE (J.)
(Cochin)	BROUET (G.)
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu)	BARIETY (M.)
(Lariboisière)	SEZE (S. de)
(Pitié)	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine)	KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine)	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants - Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque)	LACOMME (M.)
(Foch) Suresnes	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
(Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laringologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de Pédiatrie et de Puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicale	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) *Professeurs à titre personnel :*

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRES, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie :
- CABROL (C.)
- COUINAUD (C.)
- GILLOT (C.)
- HUREAU (J.)

Anatomie pathologique :
- GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) Pr. s. Ch.
- ABELANET (R.)
- CHOMETTE (G.)
- GOUYGOU (C.) pr. s. ch.
- NEZELOFF (C.)
- ORCEL (L.)
- PAILLAS (J.)

Anesthésiologie :
- N. du BOUCHET (Mme)
- KERN (E.)
- VOURC'H (G.)

Bactériologie :
- BARBIER (P.) pr. s. ch.
- CHRISTOL (D.)
- DAGUET (G.)
- LE MINOR (L.)
- TOURNIER (P.)

Biochimie médicale :
- BAULIEU Et. m. conf.
- BOURILLON (R.)
- CARTIER (P.) pr. s. ch.
- CORNILLOT (P.)
- DREYFUS (J.-C.)
- GONNARD (P.)
- JEROME (H.)
- KRUH (J.)
- LEGRAND (J.-C.)
- NORDMANN (J.)

Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports :
- PLAS (F.)

Biologie médicale :
- BENAMOU (J.-P.)
- BOIVIN (P.)
- HARTMANN (L.) pr. s. ch.

Carcinologie :
- BOIRON (M.)
- DENOIX (P.)
- MATHE (G.)
- SELIGMANN (M.)

Cardiologie :
- HATT (P.-Y.)

Dermato-syphiligraphie :
- CIVATTE (J.)
- DUPERRAT (B.)
- HEWITT (J.)
- TOURAINE (R.)

Electro-radiologie :
- HEITZ (F.) m. conf.
- LEDOUX-LEBARD (G.)

Embryologie :
- ROUX (C.)

Hématologie :
- BESSIS (M.)
- BILSKI-PASQUIER (G.)
- DAUSSET (J.)
- DUHAMEL (G.)

Histologie :
- COUJARD (R.) pr. s. ch.
- DA LAGE
- MAROIS (M.)
- RACADOT (J.)
- SCHRAMM (B.)

Hydrologie :
- BESANÇON (F.)
- CORNET (A.)

Hygiène :
- BLANCHER (G.)
- CORRE-HURST (Mme L.)
- ROUSSEL (A.)
- SAPIN-JALOUSTRE (H.)

Maladies infectieuses :
- DUPONT (V.)
- LISSAC (J.)
- RAPIN (M.)

Maladies métaboliques :
- ANTOINE (B.)
- CROSNIER (J.)
- RICHET (G.)
- SEBAOUN (J.)

Médecine légale :
- BOURGUIGNON (A.)
- FOURNIER (E.)
- GUENIOT (M.)
- HADENGUE (A)

Médecine du Travail :

ALBAHARY (C.)

Neuro-chirurgie :

PERTUISET (B.)

Neuro-psychiatrie :

CAMBIER (J.)
CATHALA (H.)
ESCOUROLLE (R.)
GAUTIER (J.-C.)
LAPRESLE (J.)
LEREBOULLET (J.)
PICHOT (P.)
TARDIEU (G.)

Obstétrique :

GRANJON (A.)
HERVET (E.)
LE LORIER (G.)
LEVY (J.)
LEWIN (D.)
MUSSET (R.)
ROBEY (M.)
SENEZE (J.)
SUREAU (C.)
TCHOBROUTSKY (Mme C.)
THOYER-ROZAT (J.)

Ophtalmologie :

AUVERT (Mme B.)
BREGEAT (P.)
DUBOIS (A.)
FONTAINE (Mme M.)
SARAUX (H.)

Orthopédie :

DUPARC (J.)
MAURER (P.)
MEARY (R.)
POSTEL (M.)
RAMADIER (J.)

Oto-rhino-laryngologie :

DEBAIN (J.)
PIALOUX (P.)
SERGENT (H.)

Parasitologie :

GOLVAN (Y.)
HO THI SANG (Mlle)
LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale :

BARCAT (J.)
BINET (J.-P.)
BLONDEAU (P.)
CERBONNET (G.)
CHATELAIN (C.-L.)
DAUTRY (P.)
DEMIRLEAU
DUBOST (C.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GALEY (J.-J.)
GARBAY (M.)
GARNIER (H.)
GAUDART d'ALLAINES (C. de)
GERMAIN (A.)
LATASTE (J.)
LOYGUE (J.)
MAILLARD (J.-N.)
MERCADIER
NATALI (J.)
PELLERIN (D.)
PERROTIN (J.)
PREMONT (M.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)
VAYSSE (J.)

Pathologie exotique :

SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale :

BERTHAUX (P.)
COTTENOT (F.)
LOEPER (J.) pr. s. ch.
MAURICE (J.)
MIKOL (C.)
PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale :

ACAR (J.)
AUQUIER (L.)
AUSSANNAIRE (M.)
BEAUMONT (J.-L.)
BERNIER (J.-J.)
BOUVIER (J.)
BOUVRAIN (Y.)
BRISSAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CANIVET (J.)
CARLOTTI (J.)
CATINAT (J.)
CHRETIEN (J.)
CLOAREC (M.)
COBLENTZ (B.)
CONTAMIN (F.)
COURY (C.)
DEBRAY (J.)
ETIENNE (J.-P.)
FREZAL (J.)
FRITEL (D.)
FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
GRIVAUX (M.)

HAZARD (J.)
HENNEQUET (A.)
HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)
LAGRUE (G.)
LESOBRE (R.)
LEVEQUE (B.)
MACREZ (C.)
MOREAU (L.)
NENNA (A.)
NICK (J.)
POULET (J.)
ROYER (P.)
TCHERDAKOFF (P.)
THIBAULT (P.)
TOURNEUR (R.)
VILLIAUMEY (J.)
WOLFROMM (R.)

Pédiatrie, Puériculture :
ALAGILLE (D.)
ALISON (J.)
CANLORBE (P.)
GORIN (R.)
LAFOURCADE (J.)
LEPERCQ (G.)
LESTRADET (H.)
MALLET (R.)
MANDE (R.)
MINKOWSKY (A.)
MOZZICINACCI (P.)
POLONOWSKI (C.)
REY (J.)
RIBIERRE (M.)
ROSSIER (A.)
VIALATTE (J.)

Pharmacologie :
BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Physiologie :
BARRES (G.)
DURAND (J.)
GIRARD (F.) m. conf.
HUGELIN (A.)
LAURENT (D.)
SCHERRER (J.) pr. s. ch.
VASSEUR (B.)

Physique médicale :
CHANTEUR (J.)
COURSAGET (J.)
GREMY (F.) m. conf.
MILHAUD (C.)
PAGES (J.-C.)
PELLERIN (P.)
ROUCAYROL (J.-C.) pr. s. ch.
TUBIANA (M.) m. conf.

Pneumo-phtisiologie :
DECROIX (G.)
ISRAEL (L.)
MEYER (A.)
RENAULT (P.)
SORS (C.)

Pyschiatrie infantile :
DENICKER (P.)
DUCHE (D.)
FLAVIGNY (H.)

Radiologie médicale :
DUBOST (J.)
LEFEBVRE (J.)
MICHEL (J.-R.)

Rhumatologie :
MASSIAS (P.)

Stomatologie :
CAUHEPE (J.)
CERNEA (P.)
CHAPUT (Mme A.) m. c. agr.
CREPY (C.)
FLEURY (R.)
GRELLET (M.)

Thérapeutique :
CHASSAGNE (P.)
FOUET (P.)
LABET (R.)
MARCHE (J.)

Urologie :
AUVERT (J.)
MOULONGUET (A.)
QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Anatomie :
DEBEYRE (J.)

Clinique chirurgicale :
VERNE (J.-M.)

Clinique médicale :
RAMBERT (P.)
THIEFFRY (S.)

Clinique obstétricale :
GRASSET (J.)
MAYER (M.)
MORIN (P.)

Clinique ophtalmologique :
DESVIGNES (P.)

Clinique pédiatrique et puériculture :
LAPLANE (R.)

Clinique psychiatrique :
BARUK (H.)

Clinique urologique :
KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) pr. s. ch.

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHANTREUIL (G.)
Conservateur en chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlle DUMAITRE (P.)
	Mlle LE NOIR (G.)
	Mlle QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.)
	Mme FORGET (F.)
	Mlle LAURENT (H.)
	Docteur SCHILLER (J.)

ACHEVÉ D'IMPRIMER SUR LES PRESSES
DE L'IMPRIMERIE P. J. OSWALD, A
HONFLEUR (CALVADOS).

MARS 1966

LINOTYPIE LAFAYE, LOLL ET C^ie - PARIS

IMPRIMÉ EN FRANCE